

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 635

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 9 heures

Par ARTHUR AUDOLY

Né à Coursegoules (Alpes-Maritimes), le 23 juillet 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES

de la région pré-sternale

Président : M. BERGER, Professeur.

*Juges : MM. } SCHWARTZ, Professeur.
 } BRUN et POIRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 635

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 9 heures

Par ARTHUR AUDOLY

Né à Coursegoules (Alpes-Maritimes), le 23 juillet 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES

de la région pré-sternale



Président : M. BERGER, Professeur.

*Juges : MM. } SCHWARTZ, Professeur.
BRUN et POIRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.
Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Matière médicale et pharmacologie.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladie des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique ophthalmologique.....
Cliniques d'accouchements.....

BROUARDEL.
MM.
FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
DEBOVE.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
TERRIER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
LABOULBÈNE.
CHANTEMESSE.
POTAIN.
JACCOUD.
HAYEM.
DIEULAFOY.
GRANCHER.

JOFFROY.
FOURNIER.
RAYMOND.
TH. LAUX.
BERGER.
DUPLAY.
LE DENTU.
GUYON.
PANAS.
N.
PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRÉ.
BAR.
BONNAIRE.
BROCA.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.

GAUCHER.
GILBERT.
GILLES de la TOU-
RETTE.
GLEYS.
HARTMANN.
HEIM.
LEJARS.
LETULLE.
MARFAN.

MARIE.
MENÉTRIÉR.
NÉLATON.
NETTER.
POIRIER, chef des
travaux anatomiques.
REITTERER.
RICARD.
ROGER.
SEBILLEAU.

THIERRY.
THOINOT.
TUFFIER.
VARNIER.
WALTHER.
WEISS.
WIDAL.
WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

Hommage d'affection

A MA CHÈRE MARRAINE

A MES ONCLES

LES DOCTEURS ISNARD ET AUDOLY

A TOUS MES PARENTS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

MONSIEUR LE DOCTEUR WIDAL

Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR TROISIER

Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

Professeur agrégé

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGER

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Notre intention n'est point de faire une étude des kystes dermoïdes en général. Nous ne ferons que décrire d'une façon spéciale, étant donnée leur extrême rareté, les kystes dermoïdes de la région pré-sternale et nous montrerons dans un chapitre de pathogénie que ces kystes s'expliquent, comme les autres, par la théorie de l'enclavement.

C'est à la bienveillance de M. le professeur Duplay que nous devons notre observation personnelle ; que notre Maître veuille bien recevoir ici l'expression de notre plus vive gratitude.

CHAPITRE I

Historique.

L'étude des kystes dermoïdes remonte à la première moitié du siècle et c'est Lebert qui, en 1852, donne le nom de kystes dermoïdes à ces tumeurs d'origine embryonnaire dont la formation affecte de nombreux rapports avec le développement de l'embryon et qui présentent des cavités kystiques dont les parois ont la structure fondamentale du tégument externe.

Cependant, en 1831, rapporte M. Lannelongue, Leblanc avait décrit sous ce même nom de kyste dermoïde, un kyste pilifère intra-crânien trouvé chez un cheval.

Les kystes dermoïdes ont été rencontrés dans des endroits très divers avec une inégale fréquence. D'après la statistique de Lebert, c'est dans l'ovaire qu'ils sont de beaucoup le plus souvent observés et sur 176 cas relevés par cet auteur dans l'espèce humaine, il s'en trouve 129 dans l'ovaire tandis que, au deuxième rang, le pourtour de l'orbite en compte seulement 13.

— 7 —

Mais, comme le fait remarquer M. Lannelongue, cette statistique n'est pas rigoureusement exacte ; elle est établie d'après les observations publiées et non d'après les observations personnelles et il est à remarquer que les observations publiées sont surtout celles des kystes dermoïdes de l'ovaire dont la structure est le plus souvent complexe, tandis que les kystes dermoïdes de la tête et du cou offrant une composition fort simple et toujours identique, ne sont pas relevés. C'est pour cela que M. Lannelongue se range à l'opinion d'Heurteaux qui, d'après ses observations personnelles, considère les kystes dermoïdes comme beaucoup plus fréquents au voisinage de l'orbite que partout ailleurs.

A la suite des kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour viennent par ordre de fréquence les kystes dermoïdes du crâne qui siègent de préférence au niveau de la fontanelle antérieure, puis on en observe à la face, au niveau du nez et de la joue. Enfin, viennent les kystes du cou très anciennement connus, déjà mentionnés par Celse, et désignés par les Grecs sous le nom de *bronchocèles*, et contenant une matière semblable à du miel, à de l'eau, et quelquefois même des poils mêlés à de petits os : *interdum etiam minutis ossibus pili immixti*.

Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, plus rares que les kystes du cou, forment le groupe des grenouillettes dermoïdes.

Mais beaucoup plus rares sont les kystes dermoïdes des parois thoraciques observés particulièrement à la région sternale et au niveau de l'union des deux pre-

mières pièces du sternum. Les faits rassemblés par MM. Lannelongue et Achard ne sont pas nombreux. Ces auteurs, en effet, n'ont réuni que six observations; nous les publions in-extenso à la suite de notre travail.

La première observation date de Venot en 1837; la seconde est celle de Cloquet en 1855; Edmond Simon, en 1858, rapporte à la Société anatomique le troisième cas. Dans la thèse de Demoulin (1866) se trouve rapportée la quatrième observation. M. Landrieux, en 1868, communique à la Société anatomique le cinquième cas; le sixième enfin appartient à MM. Lannelongue et Achard et date de 1885.

Grâce à l'obligeance de notre maître M. le professeur Duplay nous avons l'honneur de publier le septième cas observé jusqu'ici.

En effet, depuis le livre de M. Lannelongue aucun cas de kystedermoïde pré-sternal paraît n'avoir été observé tant en France qu'à l'étranger et M. Kirmisson dans son récent ouvrage des *Malformations congénitales* ne mentionne que les six faits déjà notés par le précédent auteur. Nous avons consulté sans résultat la littérature médicale allemande ainsi que les principaux ouvrages anglais et nous n'avons relevé aucune observation de kyste dermoïde pré-sternal.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Les kystes dermoïdes de la région pré-sternale sont, comme ceux de toutes les autres régions, soit superficielles, soit profondes, constamment congénitaux. C'est là une opinion très généralement admise aujourd'hui. A la première phase de leur évolution appelée par Verneuil période d'indolence et de stagnation, ils sont facilement méconnus.

Nous n'examinerons pas toutes les théories émises en vue d'expliquer la genèse des kystes dermoïdes. Laissant de côté la théorie de la diplogénèse par inclusion (Geoffroy Saint-Hilaire), ainsi que celle de l'hétérotopie plastique (Lebert), qui ne présentent plus qu'un intérêt historique, nous n'exposerons que la théorie de l'enclavement qui permet de comprendre d'une façon parfaite tous les faits anatomo-pathologiques et cliniques des kystes dermoïdes de la région pré-sternale.

Cette théorie, développée pour la première fois par Verneuil, considère les kystes dermoïdes comme déri-

vant du tégument cutané de l'embryon dont une portion restée pour ainsi dire en arrière pendant le développement fœtal, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait, par son accroissement ultérieur, donné lieu à la formation d'un kyste. Cette cavité dermoïde est une véritable ectopie du tégument externe, tégument qui, malgré son siège anormal, jouit de toutes ses propriétés et peut donner naissance à tous ses produits ordinaires. L'expérimentation est venue tout récemment confirmer cette théorie et l'on a pu, au moyen de greffes cutanées, déterminer un enclavement artificiel et reproduire par ce mécanisme de véritables kystes dermoïdes (1).

Cette théorie de l'enclavement étant donc admise nous allons essayer de montrer qu'elle explique d'une façon absolument satisfaisante les kystes dermoïdes de la région pré-sternale.

Aux premières périodes du développement de l'embryon, lorsque celui-ci présente la forme d'une nacelle, avec son capuchon céphalique et son capuchon caudal, on voit partir de l'axe central des lames latérales qui convergent en se recourbant d'arrière en avant et tendent à se réunir en avant sur la ligne médiane pour former les cavités ventrale et pectorale. Dans la région cervicale, ces lames présentent des épaisissements du mésoderme qui tendent, comme des côtes, à venir se

(1) Masse de Bordeaux. — De l'origine des kystes dermoïdes ; formation de certaines tumeurs par transplantations organiques ; applications thérapeutiques. — Mémoire lu au Congrès de chirurgie. 9 avril 1883.

réunir sur la ligne médiane et qui sont connus sous le nom d'arcs branchiaux, séparés eux-mêmes par des dépressions, les fentes branchiales, dont le fond est formé par une membrane extrêmement mince due à l'accolement de l'ectoderme et de l'endoderme. Il y a là, dans ces trois segments, cou, thorax, abdomen, une grande analogie d'évolution qui rend compte des ressemblances entre les kystes dermoïdes de ces régions.

Au cou, si un trouble survient dans l'évolution des fentes branchiales qui doivent disparaître par la réunion des arcs branchiaux, on pourra voir se former soit des fistules branchiales, soit des kystes branchiaux : la fistule résulte de la non réunion des arcs branchiaux, le kyste représente le trajet de la fistule dont les orifices sont oblitérés.

A l'abdomen, qu'un accident survienne dans l'évolution des somatopleures qui sont les homologues des arcs branchiaux et nous aurons l'explication du développement des kystes dermoïdes sur la région médiane de l'abdomen. C'est même à ce mécanisme que Haffter croit devoir rapporter la formation d'un kyste dermoïde situé au-dessous de la paroi abdominale, exactement sur la ligne blanche entre l'ombilic et la symphyse pubienne et attaché à l'épiploon qui adhérerait lui-même à la paroi abdominale. C'est sans nul doute à un trouble identique survenu dans la formation de l'orifice ombilical ou de la ciratrice qu'il faut attribuer les kystes congénitaux siégeant en ce point.

Si maintenant nous examinons d'un peu plus près ce qui se passe dans la région sternale nous compren-

drons facilement comment un accident dans l'occlusion des lames thoraciques (somatopleures) donne naissance à des kystes dermoïdes de cette région.

Le sternum, produit de formation des côtes thoraciques, constitue primitivement un organe double, pair, qui ne tarde pas à se transformer en un élément unique et médian. Chez l'embryon long de 3 centimètres, les 5 ou 7 premières côtes s'étendent jusqu'à la face ventrale du thorax et sont unies de chaque côté et à quelque distance de la ligne médiane par une bandelette cartilagineuse. Chacune des deux bandelettes sternales résulte de l'expansion des extrémités sternales des premières côtes cartilagineuses thoraciques d'un même côté. Les deux bandelettes sternales correspondantes sont réunies par du tissu conjonctif. Elles se rapprochent plus tard du plan médian et se soudent l'une avec l'autre, d'avant en arrière, en un élément impair et médian.

Cette évolution ressemble fort, comme l'on voit, à celle des arcs branchiaux et des fentes branchiales. A la fistule branchiale correspond, dans la région sternale, une anomalie caractérisée par la présence, dans toute la longueur du sternum, d'une fente fermée par du tissu conjonctif : c'est là la fissure congénitale du sternum. D'autres fois on trouve plusieurs trous plus ou moins étendus à l'intérieur du corps ou de l'appendice xyphoïde du sternum. Enfin que la réunion se fasse complète, mais avec pincement d'une portion superficielle des deux lames qui doivent se réunir et nous aurons le kyste qui est à la fissure sternale ce que le

kyste branchial est à la fissure branchiale. Leur siège au niveau de l'articulation des deux premières pièces sternales, l'existence dans leurs parois d'un mélange d'épithélium vibratile et d'épithélium pavimenteux (cas de Nelaton-Robin), la disposition canaliculée (cas de Lannelongue) complètent l'analogie avec les kystes du cou et permettent de les assimiler complètement aux véritables kystes branchiaux.

Ajoutons enfin que, là comme partout ailleurs, la petite masse épithéliale est d'abord simplement une involution de l'épiblaste, mais peu à peu elle s'éloigne de la surface de l'ectoderme, par le fait du développement des parties voisines et pendant ce temps le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme doit s'allonger progressivement ; si les parties voisines se développent trop rapidement le pédicule se rompt et le petit amas épithélial, futur kyste dermoïde, se trouve indépendant (cas personnel).

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique les kystes dermoïdes de la région pré-sternale ne s'éloignent guère des kystes dermoïdes en général.

La paroi dermoïde présente d'assez grandes variétés tant au point de vue de son aspect extérieur qu'au point de vue de sa structure. Sa surface interne rappelle ordinairement l'aspect de la peau ou plutôt celui d'une muqueuse ; tantôt elle est lisse, unie, à reflets nacrés, tantôt blanchâtre et comparable à la muqueuse préputiale, d'autant plus exactement qu'elle peut être couverte de plaques sébacées analogues à celles que forme le smegma préputial ; d'autres fois elle est inégale, tomenteuse, rappelant la muqueuse de l'estomac ou même d'une vessie à colonnes ; souvent enfin elle est d'un blanc mat et présente une apparence plissée, due à des élevures, des saillies linéaires analogues à celles que l'on observe sur une peau macérée.

L'épaisseur de la paroi n'est pas moins variable que

son aspect extérieur. Tantôt extrêmement mince et souple, tantôt consistante et épaisse de plusieurs millimètres, elle peut offrir tous les signes intermédiaires entre ces dispositions opposées. Parfois elle est le siège d'une calcification plus ou moins étendue.

Quant au contenu, pour le kyste de la région qui nous occupe, il est presque toujours le même et quelques explications nous paraissent utiles pour ce dernier point.

Le professeur Lannelongue a divisé les kystes dermoïdes en trois groupes.

Le premier groupe comprend les kystes simples : la tumeur se réduit à une seule cavité kystique, à parois dermoïdes, et son contenu est formé de produits peu variés, tels que les éléments de la peau et même des éléments peu différents des dérivés normaux de cette membrane dans la région correspondante.

Dans un deuxième groupe se trouvent les kystes composés, dans lesquels tout ou partie des cavités offre la structure dermoïde et dans lesquels on rencontre, à côté des poches kystiques, des tissus plus ou moins variés formant la partie solide de la tumeur.

Tandis que les kystes du premier groupe se développent au niveau des fissures que présente la surface de l'embryon, les tumeurs du deuxième groupe, plus complexes, semblent avoir leur origine en des points voisins de l'axe et de l'embryon, c'est-à-dire dans la région où le moindre trouble produira les conséquences les plus considérables (kystes de l'ovaire).

Enfin le troisième groupe comprendra des produc-

tions encore plus complexes, des tumeurs renfermant toujours des cavités kystiques à parois dermoïdes mais dans lesquelles l'élément kystique passe pour ainsi dire au second plan. Il apparaît dans ces tumeurs un facteur nouveau qui se manifeste par la formation de parties fœtales ébauchées et c'est cet élément nouveau qui devient le caractère le plus saillant de ces tumeurs. Pour expliquer la pathogénie des kystes de ce dernier groupe nous n'avons d'ailleurs que des hypothèses.

Les kystes dermoïdes de la région pré-sternale appartiennent au premier groupe du professeur Lannelongue, c'est-à-dire que l'on y trouve un contenu formé de tous les éléments de la peau. C'est ainsi que l'on y rencontre des poils, soit reliés à leurs follicules pileux, soit libres dans la cavité.

Mais le contenu ordinaire de ces kystes est formé surtout par la matière sébacée, constituée au microscope par de la graisse libre principalement, des cristaux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ou infiltrées de graisse. A l'œil nu, c'est le plus souvent un magma blanchâtre ou jaunâtre ayant la consistance d'une bouillie et parfois ressemblant à du lait; souvent cette matière sébacée est mélangée à du liquide séreux ou mucilagineux. Ce contenu peut subir diverses transformations, huileuse, calcaire ou autre, mais il n'y a là rien qui distingue ces kystes des kystes dermoïdes en général.

CHAPITRE IV

Symptômes.

Début. — Nous avons montré dans notre pathogénie que le kyste dermoïde de la région sternale est congénital ; nous avons vu aussi qu'il existe, pour ces kystes comme pour les kystes dermoïdes en général, une période de stagnation pendant laquelle la néoplasie passe inaperçue. Tel kyste dermoïde qui n'a pas été soupçonné dans l'enfance se développe subitement à 20 ans ; tel autre, remarqué dès la naissance, reste stationnaire pendant des années pour prendre subitement un développement considérable. La puberté paraît avoir une influence réelle sur ce développement ; il y aurait à ce moment prédominance des phénomènes d'exhalation et de désassimilation sur ceux d'absorption et production plus abondante de poils.

Siège. — Ces kystes siègent le plus souvent au niveau de l'articulation des deux premières pièces sternales, exactement sur la ligne médiane qu'ils peuvent dépasser de chaque côté sur une longueur plus ou moins

grande ; mais généralement la tuméfaction est formée de deux moitiés symétriques.

Volume. — On conçoit facilement d'après tout ce que nous venons de dire que ces kystes dermoïdes peuvent avoir un volume extrêmement variable suivant le moment de leur évolution et aussi suivant les tendances productives de la paroi kystique. Dans le cas que nous rapportons le volume était celui d'une orange, mais que l'on aurait aplatie contre la face antérieure du sternum.

Signes fonctionnels. — Ces tumeurs ne présentent généralement aucun phénomène douloureux ce qui explique ce fait qu'elles peuvent rester longtemps inaperçues et qu'elles n'attirent l'attention du malade que par leur volume. Il n'y a pas en cet endroit d'organe important dont la compression puisse trahir la présence du néoplasme ; on conçoit donc que la « période d'indolence » puisse être fort longue, surtout chez l'homme qui n'examine pas aussi souvent et aussi minutieusement sa région sternale.

Signes physiques. — Ces signes présentent une importance plus grande car c'est grâce à eux, comme nous le verrons, que l'on fait généralement le diagnostic.

A la simple inspection on peut déjà constater quelques uns des caractères de ces kystes : on se trouve généralement en présence d'une tumeur d'un volume variable placée exactement sur la ligne médiane, à la hauteur des deux premières pièces sternales et présentant le plus souvent une forme hémisphérique. La peau

qui la recouvre ne présente généralement aucune espèce de modification, si ce n'est, quand la tumeur a pris un accroissement insolite, un amincissement qui est d'origine purement mécanique; de plus ces téguments sont lisses et réguliers; cette même inspection nous permet de constater que les mouvements respiratoires ne modifient en rien la situation et les rapports du kyste.

La palpation nous fournit des caractères bien plus significatifs. Et tout d'abord elle nous permet de déterminer le siège anatomique de la tumeur, point qui a une valeur de la plus haute importance pour le diagnostic.

Or, dans l'immense majorité des cas, ce kyste dermoïde siège franchement dans le tissu cellulaire sous-cutané; le plus souvent aucune espèce d'adhérence ne le rattache aux téguments superficiels. Nous avons vu en effet que, primitivement, le petit sac épithélial ectopié était relié au tégument externe par un pédicule, mais que ce pédicule ne pouvant s'allonger indéfiniment alors que les parties voisines subissent un développement progressivement croissant, se rompait et que dès lors la tumeur devenait indépendante. Il peut arriver toutefois que ce pédicule persiste et nous avons remarqué que dans l'observation de Nélaton-Robin ce pédicule était assez long et s'ouvrait à la peau par une petite fistule.

Si maintenant nous essayons de mouvoir le kyste sur les plans profonds nous constatons de même que le plus souvent il est parfaitement mobile et libre; parfois cependant quelques adhérences plus ou moins

serrées le relient au surtout fibreux qui couvre la face antérieure du sternum. Dans l'observation que nous rapportons quelques fibres musculaires appartenant au grand pectoral s'avançaient jusque sur la face superficielle du kyste. Si le siège de la tumeur une fois déterminé nous essayons de la réduire nous constatons de plus, ce qu'il est facile de deviner, que le kyste est absolument irréductible.

La palpation nous permet enfin d'apprécier la consistance de la tumeur ; le plus souvent on obtient une fluctuation des plus nettes ; quelquefois cependant la consistance en est pâteuse, différence qui s'explique par la variabilité des éléments qui en forment le contenu. Ces manipulations de la tumeur ne déterminent ordinairement aucune espèce de douleur.

La percussion, dernier élément d'investigation, mais dont on pourrait à la rigueur se passer, donne une matité franche et absolue dans toute l'étendue de la tumeur.

Les éléments qui avoisinent le kyste, l'os et les parties molles, sont généralement indemnes et ne sont aucunement modifiés par la présence de cette néoplasie ; à plus forte raison ne la voit-on jamais retentir sur les organes extra-thoraciques.

Tels sont les symptômes principaux du kyste dermoïde de la région pré-sternale ; rarement, on constate, mais surtout chez la femme, quelques troubles nerveux, troubles qui paraissent être d'ordre purement psychique.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Congénitalité, indolence, indépendance dans le tissu cellulaire sous-cutané, fluctuation, irréductibilité, tels sont les symptômes fondamentaux qui doivent nous guider dans la détermination du diagnostic.

Il faut écarter d'emblée toutes les tumeurs solides puisque nous avons constaté la fluctuation; il faut de même éliminer les tuméfactions aiguës, comme l'abcès, car il s'agit d'une affection éminemment chronique. Cependant, le kyste dermoïde resté stationnaire et indolent pendant une période plus ou moins longue, pourrait s'enflammer et n'ayant pas été remarqué par le malade auparavant, il pourrait être pris pour un abcès; mais comme nous le verrons, cette suppuration n'en amènera nullement la guérison; la récurrence se produira et montrera l'erreur. A part cette éventualité, lorsque nous nous trouverons en présence d'un kyste avec les caractères que nous connaissons, il faut nous demander quel en est le contenu.

1^o Ce contenu pourrait être du pus et l'on aurait affaire à un abcès froid ; mais ce kyste est congénital et le plus souvent nous sommes en présence d'un malade qui connaît son affection depuis des années : ce n'est point là l'évolution d'un abcès froid ; enfin nous avons constaté que toutes les parties avoisinantes de la tumeur étaient parfaitement saines et indolores ; autant de raisons qui permettent d'éliminer facilement l'abcès tuberculeux.

2^o Le contenu pourrait être du sang et alors il faut discuter la possibilité soit d'un hématome, soit d'un angiôme ou d'un anévrysme.

Le plus souvent il n'y a aucune raison permettant de songer à un hématome et l'on ne voit pas trop bien une poche sanguine durer aussi longtemps, rester parfaitement fluctuante et indolente, sans modification aucune des téguments.

Ce n'est pas plus un anévrysme ; car l'anévrysme présente des caractères pathognomoniques, battements, souffle, réductibilité, tous caractères que nous chercherions en vain sur un kyste dermoïde de la région sternale.

Enfin ce n'est pas une tumeur érectile, car ces tumeurs s'accompagnent toujours de modifications vasculaires avoisinantes que nous ne trouvons pas ici. Il existe, il est vrai, des tumeurs érectiles transformées en kyste, mais dans ces cas il y a toujours eu une période dont généralement le malade se souvient, pendant laquelle ces modifications vasculaires dont nous parlions existaient.

3^o Le contenu pourrait être un liquide séreux et, dans ce cas, différentes affections se présentent à l'esprit.

On éliminera le kyste hydatique, qui n'est point congénital; ce serait là d'ailleurs un diagnostic d'exception et, en clinique, nous n'avons pas le droit de faire de ces diagnostics.

Il est également facile d'écarter l'hygroma, d'autant plus que les bourses séreuses sont rares à ce niveau.

Il nous reste le kyste sébacé; mais, outre qu'il n'est point congénital, qu'il n'est pas aussi fluctuant que le kyste dermoïde, il possède un caractère absolument pathognomonique. La glande sébacée, comme on sait, est située dans la profondeur du derme, parfois dans le tissu cellulaire sous-cutané, et son canal excréteur traverse l'épiderme; or, que le cul-de-sac glandulaire se dilate pour donner naissance à un kyste sébacé, ce dernier sera, dans tous les cas, relié aux téguments superficiels par le canal excréteur de la glande; ainsi nous sommes loin de l'indépendance presque toujours complète que présente le kyste dermoïde.

Nous n'éliminerons que pour être absolument complet, le diagnostic avec certains lipômes périostiques qui, parfois, par leur mollesse peuvent simuler la fluctuation, mais dont la mobilité est loin de ressembler à celle des kystes pré-sternaux.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic du kyste dermoïde de la région pré-sternale est généralement très bénin; il n'y a là point d'organe dont la compression puisse amener un désordre quelconque et la tumeur ne peut que gêner par son poids et son volume. Il faut, d'autre part, ne pas oublier ce fait que la guérison spontanée est absolument impossible; il y a là, comme nous avons vu, une paroi sécrétante qui produira ses éléments ordinaires, tant que son ablation ne sera pas complète.

CHAPITRE VII

Complications.

Les complications sont rares et d'ailleurs ne présentent rien de spécial; le kyste dermoïde peut s'enflammer et même suppurer, mais il est un point sur lequel nous nous permettrons d'insister c'est qu'il ne faut pas compter sur cette suppuration pour obtenir la destruction de la poche et la guérison du kyste : la paroi résiste à la suppuration.

CHAPITRE VIII

Traitement.

La thérapeutique des kystes dermoïdes pré-sternaux est soumise aux mêmes règles que celle des kystes dermoïdes en général; c'est-à-dire que l'ablation constitue le seul moyen d'obtenir une guérison radicale et définitive. Nous avons vu, en effet, que ce kyste dermoïde constitue un véritable parasite, vivant et se développant sous les téguments et qui plus est, ce parasite jouit d'une vitalité toute spéciale car une seule parcelle de son organisme laissée sous les téguments est susceptible de reproduire un kyste analogue à celui que l'on aurait enlevé.

Cette thérapeutique, la seule bonne, n'a véritablement détrôné les autres moyens d'intervention que le jour où l'on a bien compris la véritable pathogénie des kystes dermoïdes.

C'est ainsi que l'on a essayé, pour détruire les kystes dermoïdes, les attouchements au nitrate d'argent, les injections irritantes destinées à modifier la paroi

comme on le fait encore dans les hydrocèles; mais on a dû comprendre qu'il n'y avait point là analogie : il y a plus qu'un épithélium à modifier, il y a une paroi tout entière à détruire. Et ce qui prouve bien qu'il y a là une paroi organisée à extirper et que l'excision seule peut éviter une récurrence, c'est que la suppuration elle-même ne peut en venir à bout, la paroi résiste. A plus forte raison la simple incision, comme pour un abcès ne saurait en rien modifier la circulation de la poche et sera fatalement suivie de récurrence; c'est ce qui est arrivé dans le cas que nous présentons.

En résumé, il n'y a qu'une manière d'intervenir efficacement dans le kyste dermoïde pré-sternal : c'est celle qui consiste dans l'ablation totale du kyste, ablation qui sera d'autant plus facile que généralement le kyste est libre sous le tégument et la dissection en est des plus simples.

OBSERVATION I

Venot, en 1837, à la suite d'une observation de kyste pileux sur la face antérieure de la jambe, observation publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, dit avoir observé avec son confrère Caussade un cas semblable chez un homme, à la région sternale; ils prirent tout d'abord cette petite tumeur pour un abcès et la traitèrent comme tel. Leur malade était atteint, comme le précédent, de syphilis secondaire.

OBSERVATION II

Dans la séance du 3 janvier 1855 de la Société de Chirurgie, M. Cloquet, après une communication de M. Giralès, au sujet d'une corne frontale, dit qu'il a vu dans une tumeur du sternum des poils semblables à ceux dont M. Giralès vient de parler. La tumeur, dit M. Cloquet, était remplie de poils mêlés à un tissu corné, ramolli, blanchâtre, mais on n'a point pu trouver de poils attachés à la paroi du kyste.

OBSERVATION III

Au mois d'avril 1858, Edmond Simon présentait à la Société anatomique, présidée par Cruvelhier, la pièce suivante : *une membrane tapissant la surface interne d'un kyste sébacé*, et il ajoutait la note qui suit :

Du volume d'une demi-bille de billard, ce kyste, situé au-devant de l'articulation de la première avec la deuxième pièce du sternum, datait de l'enfance du malade âgé de 27 ans. Son développement a été très lent. La membrane qui le tapissait intérieurement offre, avec la couleur rouge, grisâtre d'une muqueuse, tous les caractères des téguments. Elle est lisse, unie, sans villosités, couverte d'une douzaine de poils, les uns blancs, les autres noirs, poils de 3 à

5 centimètres de long, qui ont la plus grande analogie avec les poils de barbe.

Cette membrane, ajoute Edmond Simon, m'a paru composée par un derme assez épais, soit de 1 à 2^{mm}, et par un épithélium pavimenteux stratifié dont les couches profondes sont constituées par un épithélium nucléaire. La matière sébacée qu'elle circonscrivait renfermait de nombreux poils. Ce kyste sébacé, par sa constitution, paraissait donc produit par une sorte de dépression de la peau, dont l'ouverture se serait fermée.

OBSERVATION IV

(Observation recueillie dans le service de M. Nélaton par M. Fontaine, interne du service, et publiée dans la thèse de Charles Dumoulin, en 1866.)

Kyste muqueux pré-sternal avec épithélium prismatique à cils vibratiles. — Traitements divers. — Récidives. — Ablation totale. — Guérison.

Amédée B..., âgée de 17 ans, couturière, demeurant à Grenelle, entrée à l'hôpital des Cliniques, le 5 avril 1865, et couchée au n° 28 de la salle des femmes.

La malade était en nourrice lorsqu'elle fit une chute dans laquelle le sternum avait porté sur un corps chaud au niveau du siège même de la lésion. Cet accident lui serait arrivé vers l'âge de 18 mois; elle fut un peu plus tard retirée des mains de la nourrice. Vers le commencement de la troisième année, les parents s'aperçurent de la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette.

Cette tumeur était globuleuse, recouverte par une portion de peau saine; sa dureté était assez considérable, on pouvait la faire rouler sous le doigt. Un médecin militaire, qui soignait la malade à ce moment et qui constata les caractères que nous venons de noter, prit la tumeur pour un kyste et en proposa l'ablation.

L'opération ne fut pratiquée que vers l'âge de 4 ans, la poche fut incisée; il en sortit une matière non liquide, assez consistante. Le kyste, une fois vidé, fut cautérisé avec le nitrate d'argent en crayon.

Une inflammation s'en suivit qui fit suppurer la poche. Contre son attente, le chirurgien ne put obtenir l'oblitération de la cavité. A partir de ce moment, la surface irritée se modifia lentement et prit l'aspect que nous décrirons plus loin.

Le chirurgien essaya encore à diverses reprises et pendant une année d'arriver à son but : l'oblitération du sac kystique; malgré la variété des moyens employés, il échoua.

Plus tard, à l'hôpital des Enfants-Malades, on réitéra les cautérisations avec le nitrate d'argent. Une inflammation vive se déclara; des attaques d'éclampsie en furent la conséquence et on dut suspendre tout traitement. L'enfant avait alors 6 ans.

Inquiets sur la ténacité du mal, les parents amenèrent l'enfant à la Clinique, le 1^{er} juillet 1864, dans le service dirigé à ce moment par M. Honel, qui remarqua que la cavité kystique était presque complète et s'était probablement reconstituée. Seul, un petit orifice donnait accès dans l'intérieur de la poche. Le fond de cette dernière était situé à 4 centimètres environ au-dessus de l'ouverture. La malade éprouvait une certaine gêne au niveau du mal et se contrariait beaucoup de l'augmentation de la sécrétion, surtout depuis quelque temps.

A deux reprises différentes et à huit jours d'intervalle, M. Honel incisa, de haut en bas, la membrane qui formait le pont. Il cautérisa chaque fois les surfaces malades avec le crayon de nitrate d'argent. Puis, après quelques jours, il eut recours à la liqueur de Villate qui fut employée pendant quelques semaines dans les pansements. Les lèvres de la plaie furent rapprochées et se cicatrisèrent rapidement.

Au bout de ce temps, la malade se sentant améliorée quitta l'hôpital; chez elle, la plaie fut pansée avec de l'alcool.

Bientôt après, la gêne et le suintement reparurent aussi incommodes qu'auparavant.

La malade revient à la Clinique le 4 avril 1863, dans le service de M. Nélaton. On peut alors constater l'état suivant :

Sur le devant du sternum, un peu au-dessous de l'union de la première pièce de cet os avec la deuxième, on voit un diverticulum d'aspect muqueux lorsqu'on l'examine par son ouverture. La partie malade ressemble assez bien, par sa configuration, à une poche dont le fond tourné en haut serait diamétralement opposé à l'ouverture, placée inférieurement.

Horizontalement, la poche s'étend sur une longueur de 3 centim. environ; de haut en bas, elle mesure 1 cent. 1/2.

La partie inférieure de la cavité qu'elle circonscrit forme un véritable cul-de-sac, lequel est limité :

1^o En avant, par une sorte de voile tendu de droite à gauche et de haut en bas. La partie supérieure de cette sorte de pont membraneux se confond avec la peau qui recouvre l'extrémité correspondante du sternum, mais en bas, où il est libre et sans adhérence, ce repli présente un rebord presque flottant dont les extrémités viennent se perdre à la peau des régions voisines.

2^o Quant aux deux bords latéraux, l'un droit et l'autre gauche, il est impossible de trouver extérieurement leur limite, à cause de leur continuité parfaite avec les téguments des organes voisins. Cependant, l'introduction d'un stylet dans la poche permet de les accuser en soulevant les extrémités latérales de la cavité.

Envisagé dans son ensemble, ce repli membraneux présente quelque analogie avec les prolongements valvulaires. On peut lui considérer deux faces : l'une antérieure, superficielle, cutanée; l'autre postérieure, profonde, muqueuse. La première n'a pas les caractères de la peau saine, elle est un peu rougeâtre et l'on y voit des traces de cicatrices, témoignage des vaines tentatives de traitement faites antérieurement. On trouve aussi des brides cicatricielles légères au-delà du mal; plusieurs d'entre elles remontent jusqu'à 1 centimètre au-dessus de la valvule.

La face profonde est constituée par une membrane d'aspect muqueux qui, supérieurement et sur les côtés, se réfléchit d'avant en arrière pour se continuer avec un autre plan également muqueux, mais reposant, lui, sur la face antérieure du sternum.

Les deux surfaces, cutanée et muqueuse, de ce voile, sont donc adossées pour former le repli valvulaire et se continuent directement sur son bord libre.

3^e En arrière, la poche kystique formant une sorte de sinus se trouve tapissée par un feuillet également muqueux que nous avons vu n'être en quelque sorte que le prolongement de celui qui appartient au repli membraneux. Il est rougeâtre et forme la partie postérieure du diverticulum; il présente cette particularité que, en bas, il descend au-dessous du bord libre de la partie flottante, d'où il résulte qu'en arrière le sinus mesure une étendue plus considérable en hauteur.

Limité de cette manière le diverticulum nous présente, à sa partie déclive, un large hiatus qui conduit à l'extérieur. Par cet orifice qu'on peut agrandir en soulevant le repli valvulaire, soit avec un stylet, soit même avec le doigt on voit jusqu'au fond du diverticulum.

Cette cavité est le siège d'une sécrétion de nature muqueuse. Parfois les produits exsudés ont un aspect rosé; parfois aussi ils sont jaunâtres et purulents, ce qui nécessite, en raison même de l'abondance relative de la sécrétion, des soins de propreté incessants.

Le 5 avril, M. Nélaton procède à l'opération de la façon suivante : La malade étant chloroformisée, il circonscrit le kyste par deux incisions curvilignes dirigées transversalement, se réunissant par leurs extrémités et cernant toute la tumeur. La dissection fut délicate et assez laborieuse, surtout pour le feuillet profond placé au-devant du sternum auquel il adhérait fortement. M. Nélaton parvint à enlever le kyste dans sa totalité et à ne laisser aucun point de la poche qui put lui faire craindre une nouvelle récurrence. Le pansement fut fait avec de la charpie imbibée d'alcool.

Trois jours après l'opération, les bords de la plaie rougissent et un érysipèle se développe à ce niveau; les bords de la plaie qu'on avait rapprochés avec des bandelettes de diachylon placées verticalement se tuméfient considérablement et s'écartent l'un de l'autre. L'érysipèle s'étend à la partie supérieure gauche de la poitrine. Un abcès se développe au-dessus de la clavicule; il est ponctionné

avec le bistouri; il en sort une quantité notable de pus; dès lors, l'érysipèle s'amende et l'abcès guérit facilement. A partir de la disparition de l'érysipèle, le travail de la cicatrisation de la plaie marche rapidement et en quelques jours il se trouve complet.

Le 14 juillet 1866, nous avons revu la malade et la guérison s'était maintenue parfaite. La cicatrice est dirigée transversalement et son tissu présente une teinte blanchâtre avec une légère dépression au centre.

Examen histologique fait par M. le professeur Robin. — La pièce présente une dépression à surface muqueuse, profonde de 1 à 5^{mm}. La longueur est de 2 centimètres sur une largeur de 1 centimètre à 1 cent. 1/2. Elle présente quelques dépressions larges de 1 à 6^{mm} sur 1 à 4^{mm} de profondeur.

Le tissu, d'aspect muqueux, est lisse, mou, blanchâtre, plus mince que le derme avec lequel il est continu. A son niveau, le tissu sous-jacent est un peu congestionné.

L'épithélium de cette dépression d'aspect muqueux est pavimenteux, formé de cellules faciles à isoler. Les cellules de la couche superficielle de cet épithélium sont dépourvues de noyaux.

Les plus grandes dépressions sus-indiquées présentent sur leur surface des papilles vasculaires; ces dépressions sont tapissées d'un épithélium pareil au précédent. Mais ces dépressions présentent des arrière-fonds ou culs-de-sac pleins d'un mucus transparent et très visqueux. Ces arrière-fonds sont tapissés d'un épithélium prismatique à cils vibratiles.

Les cellules prismatiques sont des mieux caractérisées, pareilles à celles de la trachée; au-dessous d'elles, on trouve une couche assez épaisse, formée de plusieurs rangées d'épithélium nucléaire à noyaux sphériques, soit contigus, soit écartés par un peu de matière amorphe non encore segmentée.

Quelques-uns de ces arrière-fonds présentent une ou plusieurs longues papilles vasculaires tapissées soit d'épithélium prismatique cilié, soit au contraire seulement par la rangée des épithéliums nucléaires précédents.

Dans le mucus, on trouve des cellules épithéliales prismatiques, à sommet soit coupé nettement, soit prolongé par un mince filament en queue. Leur extrémité libre a une bordure hyaline assez épaisse portant des cils qui sont longs et nettement limités. Il renferme aussi quelques noyaux de l'épithélium nucléaire sus-indiqué qui, ainsi que les précédentes, sont dépourvus de nucléoles.

OBSERVATION V

En juillet 1868, M. Landrieux présente une tumeur qui a été enlevée par M. Alphonse Guérin sur un homme de 28 ans.

Cette tumeur existait, au dire du malade, depuis une vingtaine d'années; elle occupait la région sternale à la hauteur de la jonction de la première et de la deuxième pièce de cet os et avait acquis en peu de temps le volume d'une orange. Elle donnait une sensation très nette de fluctuation, était indolente et mobile. On avait pensé avoir affaire à un kyste séreux ou à un lipôme, à cause de sa grande mobilité.

Après l'opération, on put constater que la tumeur était formée d'une enveloppe mince, fibreuse, contenant une bouillie crémeuse et caséeuse. A la surface interne de la membrane du kyste, on trouva deux poils longs de 4 à 5 centimètres. Le microscope démontra que le contenu était constitué presque exclusivement de globules graisseux et de cellules épithéliales infiltrées de graisse.

A la suite de la lecture de cette observation, M. Desprès affirme que, d'après les travaux de Lawrence et de Lebert, il s'agissait dans le cas particulier d'une lésion congénitale. Il ajoute : « Lebert appelle ces tumeurs des hétéropies plastiques. »

OBSERVATION VI

(Observation XXVIII du Traité des Kystes congénitaux de MM. Lannelongue et Achard.)

Kyste dermoïde pré-sternal.

Kyste extirpé chez une jeune fille de 16 ans; il siégeait sur la

ligne médiane au-dessous de la fourchette sternale; il affectait une disposition canaliculée.

Le contenu renfermait de nombreux poils follets.

OBSERVATION VII (*personnelle*).

Il s'agit d'une femme de 30 ans, couchée au n° 5 de la salle Notre-Dame à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le professeur Duplay.

Entrée le 18 mai 1898 pour se faire opérer d'une tumeur qu'elle porte au niveau de la région pré-sternale, cette malade n'offre dans ses antécédents de famille rien de spécial à noter et pas plus du côté de ses ascendants que de ses collatéraux, on ne relève aucun vice de conformation, ni bec-de-lièvre, ni spina bifida, ni malformations des organes génitaux.

Elle est mère de deux enfants, l'aîné a dix ans, le second huit ans; tous les deux sont bien portants et bien conformés.

A part la variole dont elle porte les traces sur le visage, variole qu'elle contracta à l'âge de 3 ans, cette femme ne fit jamais de graves maladies.

Cependant, depuis une année, elle se plaint de quelques troubles généraux qu'elle met sur le compte de la tumeur. Ces troubles généraux consisteraient en moindre abondance des règles, diminution très minime des forces physiques et de l'appétit.

La tumeur date de la naissance; à cette époque, elle était grosse comme un petit pois et occupait comme maintenant la ligne médiane de la région pré-sternale. Depuis, cette tumeur s'est accrue sans douleur.

A 15 ans, elle présentait le volume qu'elle offre à l'heure actuelle, c'est-à-dire celui d'une petite orange. Le médecin du village où habitait la malade fit une ponction sur la partie centrale et cette ponction aurait donné issue à un mélange de sang et de pus. Dès le premier mois après cette ponction, la patiente vit la tumeur se reproduire et acquérir le volume qu'elle avait avant la ponction.

Depuis lors, la tumeur n'a pas changé, elle « ne bouge pas », nous dit la malade.

L'inspection nous montre à l'heure actuelle une tumeur située sur la ligne médiane et sur le sternum à partir de l'échancrure sternale, tumeur recouvrant le manubrium et une partie de la seconde moitié du sternum.

Sa forme est exactement hémisphérique et présente un diamètre de 12 centimètres dans le sens vertical et les mêmes dimensions dans le sens transversal.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui la recouvrent sont absolument sains; on peut plisser la peau sans difficulté; il n'y a donc pas la moindre adhérence de la peau à la tumeur. Sur les parties profondes cependant, il n'est pas possible de faire quitter exactement à la tumeur la surface du sternum.

Cette tumeur est nettement fluctuante; elle n'est ni rénitente, ni élastique; elle est mate à la percussion, complètement irréductible; les mouvements respiratoires n'amènent aucune espèce de modification. Elle est de plus absolument indolente; aucune lésion de voisinage : les côtes, les clavicules, le sternum ne présentent rien d'anormal et ne sont pas douloureux à la percussion. Rien non plus du côté des organes intra-thoraciques.

A l'heure actuelle, on note de légers troubles généraux qu'on doit rattacher à la neurasthénie.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

En raison du siège de la tumeur, de sa nature liquide, de son irréductibilité et de son origine aux premiers temps de la vie, le diagnostic de kyste dermoïde de la région pré-sternale s'imposait.

L'opération fut faite le mardi 24 mai par M. le professeur Duplay. Il fit une incision longitudinale de 15 centimètres sur la ligne médiane allant de l'échancrure sternale jusqu'à deux centimètres au-dessous de la tumeur; puis, après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, il disséqua sur les parties latérales et fut obligé de sectionner quelques fibres musculaires erratiques du muscle grand pectoral qui recouvrait la tumeur.

La surface du kyste étant complètement dénudée, il la détacha des parties profondes et principalement du surtout fibreux qui re-

couvrir à ce niveau le manubrium. Après avoir lavé la plaie au sublimé, on sutura au fil d'argent et on fit un pansement compressif pour éviter toute hémorrhagie secondaire.

Les suites de l'opération ne présentèrent aucune complication; la température ne dépassa jamais 37°5. Au bout de huit jours, on enleva les fils, la plaie était extrêmement belle et presque complètement cicatrisée. Le 7 juin 1898, la malade quitta l'hôpital entièrement guérie.

L'examen histologique du kyste a été pratiqué par le docteur Hallion, chef du laboratoire de la Clinique chirurgicale du professeur Duplay.

Contenu du kyste : Ce contenu présente les caractères macroscopiques et microscopiques de la matière sébacée. L'examen au microscope permet de déceler la présence de cristaux de cholestérine et d'acides gras avec des blocs amorphes irréguliers. Les réactions chimiques de la cholestérine sont parfaitement nettes.

Paroi : Cette paroi présente de dehors en dedans quatre couches qui sont :

1° Une couche fibreuse, dense, périphérique, formant pour ainsi dire la membrane enveloppante de la tumeur.

2° Une couche élastique constituée presque exclusivement par des stratifications élastiques et parallèle à la paroi.

Dans ces deux premières couches, on rencontre fort peu de noyaux, enfin il existe peu de vaisseaux et tous ceux que l'on peut déceler sont orientés parallèlement aux fibres.

3° La troisième couche est une couche épithéliale constituée par un épithélium pavimenteux stratifié très comparable par places à l'épithélium cutané qui serait simplement réduit comme épaisseur. En d'autres régions, la disposition des cellules est assez irrégulière, mais les cellules profondes montrent d'une façon générale une orientation perpendiculaire à la paroi, et les superficielles (par rapport à l'intérieur du kyste) une orientation transversale.

4° Enfin, sur la couche superficielle s'implante un réticulum irrégulier, sans noyaux, qui paraît dériver nettement d'une transformation des cellules superficielles de l'épithélium et qui contient dans ses mailles la matière sébacée.

Résumé et Conclusions.

1° Les kystes dermoïdes de la région pré-sternale empruntent tout leur intérêt à leur excessive rareté; on note jusqu'à présent six observations seulement qui sont signalées par le Professeur Lannelongue dans son ouvrage sur les kystes congétinaux. A ces six observations nous avons l'honneur d'en ajouter une septième.

2° La pathogénie de ces kystes s'explique par la théorie de l'enclavement, par un accident dans l'occlusion des lames thoraciques.

3° Au point de vue anotomo-pathologique ces kystes rentrent dans le premier groupe de la classification du Professeur Lannelongue, c'est-à-dire que ce sont des kystes simples, dont le contenu est formé par des éléments rappelant les dérivés de l'épiderme.

4° Les symptômes fondamentaux de ces kystes sont : la congénitalité, la mobilité sous la peau et sur les plans profonds, l'irréductibilité et la fluctuation.

5° Il faut, dans la détermination du diagnostic, éliminer les cavités renfermant du pus (abcès chaud et froid), du sang (hématome, anévrysme, angiome), de la séro-

sité (kyste hydatique, hygroma, kyste sébacé) ; enfin songer au lipome fluctuant.

6° Il n'y a qu'une seule thérapeutique rationnelle du kyste dermoïde de la région pré-sternale, c'est l'ablation complète de la poche dont la paroi est organisée et productive; l'ablation seule évitera les récives.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL,

Vu : le Président de la Thèse,

PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

